LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Assistance publique : De l'organisation de l'assistance médicale à domicile à Paris. Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les bureaux de bienfaisance, par le Dr Rotillon, 65. — **Académie des sciences** : *Séance du 18 janvier* 1897. — Présidence de M. A. Chatin 68. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 janvier*. — Présidence de M. Caventou. — Election, 68. — L'épidémie de peste et la défense de l'Europe, 68. — Un nouveau signe d'épilepsie, 70. — Diagnostic de la fièvre typhoïde et de la psittacose, 70. — Traitement de la conjonctivite granuleuse, 70. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 22 janvier*. — Présidence de M. Debove — Septicémie prise pour une dothiénentérie, 70. — Rhumatisme blennorragique avec troubles trophiques cutanés, 71. — Idiotie myxœdémateuse traitée par ingestion de glande thyroïde du mouton, 71. — Action des rayons Rœntgen sur les microbes, 72. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 9 décembre*. — Présidence de M. de Pradel, 72. — **Association française d'urologie**. Première session : 23 octobre 1 96 (suite et fin). — Deux cas d'anurie traités par la néphrotomie, 74. — Volumineuse pyonéphrose très ancienne fibro-cartilagineuse, chez un homme de quarante-sept ans Guérison, 74. — Végétations polypoïdes de l'urètre 75. — Deux cas d'arthrite blennorragique suppurée, 75 — De l'intervention chirurgicale au cours des uréthrites purulentes, 75. — **Société de chirurgie** : *Séance du 27 janvier* Présidence de M. Ch. Monod. — Séance solennelle annuelle, 77. — **Variétés** : Le Congrès international d'assistance et de la protection de l'enfance à Genève en 1896, par le Dr Rotillon, 77. — L'assistance publique à domicile dans le canton de Genève et dans le canton de Tessin, par le Dr Rotillon, 78. — **Nouvelles**, 79.

ASSISTANCE PUBLIQUE

De l'organisation de l'assistance médicale à domicile à Paris. — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les bureaux de bienfaisance (1).

par le Dr Rotillon.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris m'a désigné pour la représenter au 2e congrès international d'assistance de Genève, comme l'avait fait son secrétaire général actuel M. le Dr Le Coin, au 1er congrès international d'assistance tenu à Paris en 1889. — Elle s'intéresse à toutes les questions d'assistance comme elle s'y est toujours intéressée depuis sa fondation qui remonte à 1852. — Composée de médecins, elle s'occupe plus particulièrement de questions médicales et scientifiques concernant les bureaux de bienfaisance et les indigents, auxquels ils donnent leur soins.

Dès la fondation de la Société, les médecins du bureau de bienfaisance ont attaché une grande importance à deux points principaux : 1° leur mode de nomination ; 2° leur représentation au conseil de surveillance de l'Assistance publique. Grâce à leur persévérance pendant plus de 45 ans, ils ont enfin obtenu la réalisation de leurs idées.

Les médecins du bureau, d'abord bénévoles ont été nommés, après la loi du 10 janvier 1849, par l'administration jusqu'en 1879, puis élus par les confrères du même arrondissement de 1879 à 1888, et depuis 1888 ils sont nommés au concours, après avoir passé une épreuve écrite de pathologie et d'obstétrique, et une épreuve clinique. — Chose bizarre ! La loi de 1849 permettait d'user de tous ces moyens ; on les a essayés les uns après les autres et on est arrivé au mode de nomination par le concours, que notre Société avait toujours réclamé et qui donne des garanties sérieuses sur la valeur et la science médicale des médecins ainsi nommés.

Après le mode de nomination par le concours, la représentation des médecins du bureau de bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance publique a été leur vœu le plus ardent. Soutenus dans cette idée par le Conseil Municipal de Paris, ils ont enfin trouvé un préfet de la Seine et un directeur de l'Assistance publique qui ont compris toute l'importance de cette représentation et qui l'ont réalisée. Le 26 juin dernier, par décret de M. le président de la République, M. le Dr Gibert, un de nos plus sympathiques confrères, secrétaire général honoraire et ancien président de notre Société, a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Cette nomination marque une nouvelle période dans le service médical des bureaux de bienfaisance. « Nous y voyons, ainsi que le disait notre dévoué président, le Dr de Pradel, tout le bénéfice que les indigents pourront tirer de la présence, au sein de cette assemblée d'un médecin qui connaît leurs misères et leurs besoins. »

Les médecins du bureau de bienfaisance de Paris sont divisés en médecins du traitement à domicile

(1) Communication au deuxième congrès international d'assistance de Genève.

au nombre de 169 et médecins de la consultation au nombre de 66.

Les premiers sont seuls obligés de résider dans l'arrondissement où ils exercent leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Cette division, qui oblige les indigents à se faire soigner tantôt par un médecin à son domicile, tantôt par un autre à la consultation, n'a jamais été approuvée par notre Société.

Les services que les médecins rendent à la population indigente sont considérables et pour en juger il suffit de lire le tableau suivant qui m'a été donné par l'administration :

NOMBRE DE :	en 1894	en 1895
Malades inscrits au trait' à domicile	96.077	104 060
Visites	180.749	191.158
Consultations	273.739	239.140
Vaccination	37.240	22.295
Médecins du traitement à domicile	168	169
id. de la consultation	67	66

On y voit que les 66 médecins de la consultation ont donné 239.140 consultation en 1895, et 273.739 en 1894.

Les 169 médecins du traitement à domicile ont fait 191.158 visites. Ce dernier nombre est certainement inférieur à la réalité; car bien des visites ne sont pas relevées, soit que le médecin n'inscrive pas sa visite, soit que le carnet où il doit l'inscrire ait disparu.

Les médecins se rendent chez les indigents au premier appel qui leur est fait par une lettre délivrée à chaque mairie à toute personne qui va réclamer des soins gratuits. Ce n'est qu'après la première visite faite par le médecin qu'une enquête est faite sur la situation d'indigence du malade.

A Lyon, l'enquête est faite la première et c'est après cette enquête que le médecin est prié de faire sa visite. Les médicaments sont fournis à l'indigent sur présentation de son ordonnance par les pharmaciens nommés par le directeur de l'Assistance publique.

Les secours en argent et exceptionnellement en nature sont accordés aux indigents par les bureaux de bienfaisance de chaque arrondissement; ils sont temporaires ou permanents. Les secours représentatifs du séjour à l'hospice, en faveur des vieillards ou des infirmes qui restent dans leur domicile, sont alloués par le directeur de l'Assistance publique, sur la proposition des bureaux de bienfaisance.

L'assistance financière et l'assistance médicale aux indigents et aux nécessiteux domiciliés à Paris sont réglées par les lois du 10 juin 1849 et du 15 juillet 1893 et par les décrets du 12 août 1886 et du 15 novembre 1896,

Ce qui caractérise l'assistance médicale à domicile à Paris et ce qui la différencie d'un grand nombre d'autres villes, c'est que l'indigent domicilié à Paris désire le plus souvent être soigné chez lui, rester parmi les siens et c'est avec difficulté souvent, quand il ne peut pas faire autrement, qu'il se décide à entrer à l'hopital. Dans les autres grandes villes où les indigents sont moins nombreux qu'à Paris et les hôpitaux suffisants, l'indigent consent plus volontiers à être hospitalisé. — C'est ainsi qu'à Paris nous avons eu 104.060 malades soignés à leur domicile.

Parmi ces 104.060 malades soignés à domicile, plus de la moitié revient à la tuberculose qui, à Paris, cause environ le quart des décès.

Dans la statistique de M. Bertillon on trouve en 1894 : 49,205 décès sur lesquels 11.778 sont causés par la tuberculose. S'il était possible de déterminer à quelle classe de la Société appartiennent ces 11.778 décédés, on verrait que les deux tiers environ reviennent à la classe nécessiteuse, qui fait l'objet de nos préoccupations.

On sait aujourd'hui que la tuberculose est une maladie virulente et contagieuse; mais curable et évitable. — Il y a plus de 30 ans (5 décembre 1865), un savant français, Villemin, disait dans une communication à l'Académie de médecine : « La tuberculose est une affection spécifique, sa cause réside dans un agent inoculable; elle appartient à la classe des maladies virulentes, les crachats tuberculeux donnent lieu à la tuberculose; le virus est une chose étrangère à l'économie. »

En 1882, Koch faisait part à la Société de Berlin de sa découverte du bacille de la tuberculose et il disait: « Désormais dans cette lutte contre le terrible fléau, nous n'aurons plus à faire quelque chose de vague; nous sommes en présence d'un parasite visible et tangible. Il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérive l'infection. Une de ces sources et la principale est l'expectoration des phtisiques. »

Ces bacilles sont nombreux et si l'on en croit Heller, il faudrait estimer à sept milliards 20 millions le nombre des bacilles expectorés quotidiennement par un phtisique. Le professeur Straus dit : « Ce sont les crachats des phtisiques qui sont les principaux agents de l'infection tuberculeuse de l'air et qui causent ainsi la mort d'un septième de l'humanité. »

La contagion et la transmission de la tuberculose par les crachats sont scientifiquement démontrées. Les crachats des tuberculeux n'agissent comme éléments d'infection qu'à la condition d'être réduits en poussière, désséchés, mêlés aux poussières qu'on rencontre dans l'air des appartements et introduits par inhalation dans les voies respiratoires. C'est

surtout chez les malades qui ont recours à l'Assistance publique que la tuberculose fait les plus grands ravages. Elle y trouve chez eux le milieu le plus propice à son développement, la cause la plus active de cette contagion est la cohabitation dans les familles.

« Qui n'a été médecin du bureau de bienfaisance, dit le Dr Séailles, qui n'a, à toute heure du jour et de la nuit, franchi le seuil de cette unique chambre, souvent mal aérée, sans soleil, sans lumière, ne peut se faire une idée du désordre, de la saleté, quelquefois repoussante, qui règne dans ces réduits de l'agglomération. C'est dans ces chambres que l'on fait tout : on y cuisine, on y mange, on y dort. Les mouches et autres parasites, attirés par les ramassis gros de détritus, voltigent ou courent de tous côtés, transportant avec eux et déposant partout le bacille de Koch, qui pullule sur ces excellents milieux de culture. C'est donc là que vivent les tuberculeux du bureau de bienfaisance. C'est là qu'ils toussent, qu'il crachent, qu'ils maigrissent et qu'ils meurent. S'ils y vivaient seuls le mal serait moins grand. Ce phtisique est laissé seul en général tout le jour ; il tousse, il crache par terre. Il est facile dès lors de comprendre le danger que vont courir les enfants rentrant de l'école ou les travailleurs rentrant pour prendre du repos. On profite aussi de ce moment pour faire semblant de nettoyer la pièce, on balaye et, des crachats desséchés s'élève le microbe ; suspendu dans l'air, il est inhalé et déposé dans les bronches, sur le larynx, la porte d'entrée la plus commune des maladies.

Le plus grand nombre des tuberculeux soignés par le service à domicile sont des adultes ou des enfants. Ils sont encore solides et peuvent sortir et marcher, ils vont à la consultation et sont soignés par le médecin chargé de ce service. Ou bien ils sont alités absolument incapables de quitter leur chambre, ils sont alors traités chez eux.

Tel est le champ d'opération du médecin du bureau de bienfaisance, c'est là qu'il est appelé à donner ses soins à des pauvres êtres infériorisés par la maladie, le milieu et la misère physiologique consécutive. »

Tel est le tableau, absolument exact, tracé par un médecin du bureau de bienfaisance qui fait le service depuis vingt ans et qui voit les tuberculeux dans leur milieu. Tous les médecins du bureau de bienfaisance, qui ont exercé pendant quelques années, ont fait les mêmes constatations et notre société médicale s'est, dans le courant de cette année, occupée activement de la tuberculose, qui est à l'ordre du jour et des moyens prophylactiques qu'on peut employer pour s'opposer énergiquement à la propagation de cette terrible maladie.

Deux de nos collègues ont présenté sur cette question des travaux intéressants ; M. le Dr Bimsenstein, ancien secrétaire de la Société, a fait un travail intitulé : *Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les bureaux de bienfaisance*, publié dans la *France médicale* (19 avril 1895).

M. le Dr Séailles, notre vice-président actuel, a élargi la question dans un travail intitulé : *La tuberculose pulmonaire au bureau de bienfaisance*, publié dans la *Médecine moderne* (23 mai 1896).

Je voudrais pouvoir citer les travaux de ces excellents confrères, mais je craindrais d'augmenter la longueur de cette communication. Il me suffira de dire que leurs travaux reflètent la pensée de tous les médecins du bureau de bienfaisance et qu'ils ont servi de base à des conclusions que nous avons adoptées. — Par une heureuse coïncidence, M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, un des présidents d'honneur du Congrès de Genève, venait de nommer une commission, qui avait reçu le mandat d'étudier la prophylaxie de la tuberculose. Cette commission avait limité son action aux hôpitaux et au personnel hospitalier ; mais son cadre s'est élargi pour la nomination du Dr Gibert, notre représentant au Conseil de surveillance, qui a trouvé là une excellente occasion de prouver l'utilité et l'importance de la représentation des médecins du bureau de bienfaisance. — Cette commission n'a pas encore publié le résultat de ses travaux ; mais ses conclusions ne doivent pas différer sensiblement de celles qui ont été adoptées par la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. C'est dans un Congrès comme le vôtre, qu'il appartient à des hommes dévoués aux questions d'assistance, de faire valoir auprès des administrations compétentes des mesures qui ont pour but de soulager les indigents et les nécessiteux, et de diminuer dans une notable proportion une des maladies qui les décime le plus, la tuberculose.

Les conclusions que j'ai l'honneur de soumettre au Congrès ne concernent que les tuberculeux soignés à domicile ou à la consultation par les médecins du bureau de bienfaisance qui dirigent le traitement médical.

Les conclusions ne visant que les moyens prophylactiques sont les suivantes :

1° Isoler les tuberculeux par la création de sanatoria et de quartiers spéciaux ;

2° Désinfecter les logements des tuberculeux au cours et à la fin de la maladie ;

3° Délivrer à chaque tuberculeux un crachoir dans lequel on mettra un produit antiseptique ;

4° Remettre indistinctement, à tous les malades qui s'adressent au bureau de bienfaisance, une notice imprimée rappelant les dangers de la tuberlose et des crachats, surtout desséchés, la curabilité de cette maladie, la nécessité d'avoir un crachoir rempli d'un produit antiseptique, le meilleur mode de détruire les crachats ;

5° Demander aux médecins du bureau de bienfai-

-ance leur concours, déjà assuré, pour ordonner et surveiller toutes les mesures prophylactiques.

Après cet exposé, M. le Président a bien voulu me remercier de ma communication.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a dit qu'il profitait de sa présence au Congrès et de l'exposé que je venais de faire pour remercier publiquement les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris des services rendus par eux à la population indigente, services considérables qu'il savait bien apprécier.

J'ai immédiatement remercié M. le Directeur des paroles bienveillantes qu'il venait de prononcer et j'ai ajouté que je ne manquerais pas de les rapporter à mes collègues, qui y seraient très sensibles.

Tenant compte des observations présentées par M. Peyron, quelques conseillers municipaux et autres membres du Congrès, qui ont pensé que les questions de détail ne pourraient être utilement examinées par un Congrès qui ne comprenait pas que des médecins, je me suis mis d'accord avec M. le directeur de l'Assistance publique et quelques conseillers municipaux pour proposer l'ordre du jour suivant qui a été voté à l'unanimité par le Congrès :

« Le Congrès, après avoir entendu la communica-
« tion de M. le Dr Rotillon, délégué de la Société
« médicale des bureaux de bienfaisance de Paris,
« émet le vœu que les pouvoirs publics prennent
« toutes les mesures d'hygiène et d'assistance de
« nature à s'opposer à la contagion de la tuberculose.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 janvier 1896. — Présid. de M. A. Chatin

Radiographie des extrémités dans la goutte. — M. Potain présente, au nom de M. Serbanesco, élève de son service, et au sien, une série de radiographies des extrémités, recueillies chez des sujets affectés de goutte ou de rhumatisme chronique.

Tandis que, chez les derniers, l'ostéite condensante des extrémités osseuses donne à celles-ci une opacité plus grande, chez les goutteux au contraire, on remarque au niveau des extrémités des phalanges et des métacarpiens, parfois même sur le corps de l'os, des taches blanchâtres entourées le plus souvent d'une étroite auréole foncée. Ces résultats ont été obtenus sur le vivant.

Des radiographies de pièces osseuses provenant de goutteux montrent que les taches translucides tiennent, non à un amincissement ni à une raréfaction du tissu osseux, mais à la présence de tophus faisant saillie à la surface de l'os ou à la transformation de la substance osseuse elle-même.

Cette transformation paraît être la substitution des urates au phosphate de chaux qui entre normalement dans la composition des os.

Comparant entre eux les différents sels qui entrent dans cette composition, les présentateurs, en effet, ont trouvé qu'ils sont très inégalement perméables aux rayons de Rœntgen. Le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le chlorure de sodium le sont extrêmement peu. La soude et la magnésie le sont davantage et l'urate de chaux encore beaucoup plus. En se servant de deux petites boîtes de carton accolées : l'une en forme de parallélipipède, l'autre de prisme très allongé de même longueur et de même hauteur de base, le premier rempli d'urate de chaux, l'autre de phosphate de chaux tribasique, et les soumettant simultanément à la radiographie, il a été facile de constater que l'urate de chaux est huit fois plus transparent que le phosphate ; car l'unité de teinte des deux photographies ne se trouve que dans le point où l'épaisseur de ce dernier est huit fois moindre que celle de l'autre. On comprend par là que les points de l'os où les urates se substituent aux phosphates deviennent beaucoup plus transparents. On conçoit également que l'ostéite condensante, provoquée par ces dépôts dans leur voisinage, détermine la formation de zones relativement opaques.

La radiographie pourra donc aider le diagnostic, dans les cas où il y aura doute entre la goutte et le rhumatisme chronique osseux.

Chez les sujets affectés de nodosités d'Heberden, lésion dont la nature goutteuse est encore un sujet débattu, on trouve, au niveau des phalanges, des taches transparentes fort distinctes, qui semblent devoir trancher le différend en faveur de ceux qui admettent la goutte comme origine première de cette affection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier. — Présidence de M. Caventou

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Sur 70 votants, majorité 36, M. Farabeuf est élu par 44 voix contre 19 données à M. Reynier, 2 à M. Poirier, 2 à M. Retterer, 1 à M. Hénocque et 1 bulletin blanc.

L'épidémie de la peste et la défense de l'Europe. — M. Proust rappelle l'évolution de l'épidémie de peste qui dès 1894 ravageait la province de Canton, puis qui envahit ensuite la ville de Hong-Kong. La mortalité fut considérable, 100,000 décès dans la seule ville d'Hong-Kong en deux mois sur une population de 1,600,000 individus. La maladie sévissait dans les quartiers pauvres principalement. On a toujours signalé la mort de très nombreux rats survenant dès le début de l'épidémie. Les mesures prises par les autorités anglaises furent inefficaces.

M. Proust rappelle alors les recherches de Yersin, ses nombreux voyages, les difficultés qu'il a eu à surmonter. Il insiste sur le danger de la propagation de la maladie par la voie de terre, par le Turkestan. Les communications sont aujourd'hui bien plus rapides du fait de l'existence du grand chemin de fer transcapien. La défense du côté de la Perse s'impose.

En août 1894, M. Schneider, médecin du Schah, faisait adopter par celui-ci un règlement destiné à préserver la perse. Ce règlement, conforme aux principes de la convention de Paris de 1894, ne heurte pas les idées religieuses, mais il ne faut pas oublier qu'en Perse on ne peut rien faire pour peu qu'il faille dépenser de l'argent. Il ne faudrait

pas trop croire à l'efficacité de ces mesures. D'ailleurs sur la côte de Perse le cabotage pratiqué par de nombreux petits bateaux anglais peut facilement transporter la maladie par voie maritime.

Le conseil sanitaire d'Alexandrie a imposé une quarantaine à certaines provenances de Perse, et en a interdit absolument d'autres, mais le danger vient de plus loin. Bombay toujours suspect l'est plus que jamais. Un grand steamer peut en 7 à 8 jours apporter la maladie dans la mer Rouge. On vient d'en avoir la preuve. Un bateau anglais vient d'importer la peste à Camaran et un transport militaire le choléra. La mer Rouge et le golfe Persique sont des portes toujours ouvertes vers la Méditerranée.

Le pèlerinage de la Mecque va amener de nombreux pèlerins. Il en est déjà un bon nombre qui se préparent à partir de Bombay. Le danger serait moindre si la surveillance était bien faite au départ, mais elle est totalement insuffisante de la part des Anglais dans l'Inde. En Egypte, au contraire, on n'autorise à aller au Hadjaz que les Egyptiens justifiant d'une somme leur permettant d'y vivre 7 mois, de façon à pouvoir, le cas échéant, leur interdire pendant, tout ce temps le retour en Egypte.

Les pèlerins arrivent à Djeddah dans un état sanitaire déplorable, ils couchent dehors, sont donc exposés à de grands dangers. Néanmoins il est impossible d'empêcher le pèlerinage. Il faut s'efforcer d'améliorer le sort des pèlerins. En effet, ils sont en général transportés dans d'affreux bateaux, exposés, sur le pont, à la chaleur du jour et au froid des nuits. Mal nourris, mal vêtus, ils sont déjà malades ou très débilités à leur arrivée au port de débarquement. Mais, même si la peste éclatait à la Mecque, la protection de l'Europe pourrait être réalisée au moyen d'une surveillance soigneuse et active des côtes de la mer Rouge.

La conférence de Paris en 1894 a établi les bases de cette défense générale; malheureusement la Porte semble mal comprendre ses devoirs. Il y a 2 mois, le délégué russe au Conseil de santé, ayant demandé à visiter les prisons fort mal tenues au point de vue de l'hygiène, l'autorisation lui en fut refusée. D'autre part, la discussion des mesures à prendre sur la mer Rouge amena la proposition faite par les délégués turcs de nommer des médecins musulmans le long de la mer Rouge, elle faillit passer : la défense eut été alors nulle. La surveillance du golfe Persique ne put être établie à cause de l'opposition de l'Angleterre.

M. Proust réclame de nouveau la création d'une union sanitaire internationale qui défendrait l'Europe contre l'invasion aussi bien du choléra et de la peste que de la fièvre jaune. Ses agents auraient une véritable autorité. Les grandes puissances devraient interdire le pèlerinage à la Mecque de leurs sujets musulmans d'une façon absolue, ainsi que la France l'a fait pour ses sujets Algériens et Tunisiens et également pour les musulmans de Madagascar.

Cette mesure devrait être prise par toutes les grandes puissances.

Il y a pour lutter contre le péril de l'importation de la peste en Europe une série de mesures importantes à prendre dans tout l'Orient et particulièrement en Perse, dans la mer Rouge et dans le golfe Persique. Elles seules permettront d'atteindre l'épidémie avant qu'elle ne parvienne aux points où le danger de pénétration devient bien plus grand.

La peste et le sérum antipesteux de M. Yersin. — M. Roux. Dans la séance du 11 août dernier, M. H. Monod communiquait à l'Académie une dépêche du Consul de France à Hanoï annonçant que M. Yersin avait soigné à Hanoï 27 cas de peste par l'inoculation de sérum antitoxique. Sur ce nombre, il y avait eu 25 guérisons. Lors de l'épidémie de 1894, M. Yersin fut envoyé à Hong-Kong. Il a constaté à ce moment dans les bubons des pestiférés l'existence d'un microbe très abondant. Ce microbe se teint facilement au moyen des couleurs d'aniline. C'est un bacille court, à bouts arrondis (cocco-bacille), se décolorant par le Gram. On le rencontre aussi dans le foie, la rate et le sang à l'autopsie et même peu avant la mort. Il est facile de le cultiver sur gélatine, gélose et bouillon. Dans ce dernier milieu il prend la forme de chaînettes de bacilles courts.

Ce bacille se trouve chez l'homme et aussi chez les rats qui succombent en grand nombre au début de la maladie. Ces rats présentent des bubons où les bacilles de Yersin et Kitasato existent en grand nombre. D'ailleurs les rats sont très sensibles à l'inoculation de cultures. Si on injecte à un rat quelques gouttes de culture dans la patte, il meurt en 24 à 60 heures avec des bacilles partout. L'ingestion même d'une culture donne la peste au rat. La contagion peut se faire directement de rat à rat dans une même cage et créer ainsi une vraie petite épidémie dans cette cage. Au moment où l'épidémie se montre, on trouve dans le sol un bacille très semblable à celui qui tue les êtres vivants mais moins virulent. Ce microbe se conserve dans la terre, d'où réviviscence facile de la maladie. Pasteur avait déjà pressenti cette latence du virus atténué prenant une virulence brusque et expliquant l'apparition subite des épidémies de peste. La peste est donc prise par le rat dans le sol, puis de là passe à l'homme. D'où l'importance de la mesure qui consiste à tuer le plus grand nombre possible de rats.

Les mouches peuvent aussi servir à transporter la peste. M. Yersin a pu tuer des cobayes en leur inoculant une macération faite avec des mouches trouvées mortes dans son laboratoire et renfermant le microbe de la peste.

L'homme prend aussi la peste par contagion directe de son semblable. Willm, en 1896, a signalé le bacille de la peste dans la bouche, sur la langue et dans les déjections des pestiférés comme aussi dans leurs crachats, s'ils ont seulement de la bronchite. Or, chez quelques sujets, il n'y a pas de bubons extérieurs, mais seulement des bubons mésentériques ou bronchiques. Ces malades ont seulement de la diarrhée ou de la bronchite avec expectoration. Ils peuvent par ce moyen répandre la maladie. Dans la grande majorité des cas, le bacille se trouve dans le sang, même avant la mort, d'où la possibilité de faire un diagnostic sûr, dès l'apparition des premiers cas de la maladie.

M. Yersin songea immédiatement à réaliser la sérothérapie de la peste. Avec le concours de MM. Calmette et Borel il vaccina d'abord de petits animaux, lapins et cobayes, puis un cheval. Le cheval est très sensible. Une très petite dose de culture injectée sous la peau lui donne une fièvre violente et il se fait un abcès local. Si on injecte la culture dans le sang on a une réaction violente ; la température monte à 40°, 41° et reste quelque temps élevée. Il faut attendre plusieurs jours avant de recommencer. On observe encore les mêmes symptômes, cependant peu à peu la fièvre a une moins longue durée et finalement la réaction

devient faible. Le cheval est dès lors immunisé. Si 3 semaines après la dernière fois qu'on l'a inoculé on lui fait une prise de sang, on obtient un sérum : sérum antipesteux que Yersin a d'abord essayé sur les animaux. Si on inocule à des souris un dixième de cc. de sérum de ces chevaux ainsi immunisés, puis qu'on leur inocule de la culture du microbe de la peste, les animaux n'éprouvent aucun accident. Donc ce sérum est préventif.

Est-il curatif ? Pour le démontrer Yersin a d'abord inoculé des souris avec la culture virulente, puis 12 heures après il leur a inoculé 1 à 2 cc. de sérum du cheval immunisé. Ces animaux guérirent. C'est alors que M. Yersin voulut appliquer à l'homme ce sérum. Il partit et se rendit à Nyatrang où il installa un laboratoire dans lequel il commença l'immunisation de plusieurs chevaux. Le laboratoire n'était qu'au début de son fonctionnement lorsqu'en janvier 1896 la peste éclata. M. Yersin ne put faire d'expérience probante. Il reçut alors de Paris 80 flacons de sérum provenant du cheval qu'il avait immunisé. Mais la peste diminuait et il était impossible d'essayer sur des Chinois absolument réfractaires à toute tentative faite par un Européen.

Sur ces entrefaites Mgr Chausse fournit le premier cas de peste que M. Yersin put inoculer. Il s'agit d'un jeune élève du séminaire venant d'être atteint et considéré comme perdu. La maladie avait débuté le matin du 26 juin, avec bubon inguinal très douloureux ; état général grave. A 5 heures M. Yersin injecta 10 cc. ; à 6 heures et à 9 heures, même dose ; à minuit, le calme revint, il s'endormit. Le lendemain matin, il n'y avait plus de fièvre, le bubon n'était pas douloureux. Le surlendemain il était guéri. M. Yersin quitta alors Canton, laissant une seringue et du serum. Après son départ, 2 autres élèves prirent la peste et furent guéris de même par le serum.

M. Yersin alla ensuite à Amoy et traita 23 cas en 8 jours. Sur ces 23 sujets 21 ont guéri et 2 ont succombé, l'un 5 heures, l'autre 24 heures après l'injection. Mais l'un était au cinquième jour de sa maladie ; chez l'autre l'intoxication était profonde. L'injection fut faite à la dose de 40 à 60 cc. dans ces divers cas suivant la gravité et l'âge du malade.

Le serum est donc efficace si on l'emploie dès le début de la maladie ; il en est de même d'ailleurs pour tous les serums. Voici un cas type. Malade pris le matin : malaise, anorexie, fièvre, bubon crural. A 2 heures on injecte 40 cc. ; le soir amélioration. Le lendemain encore un peu de malaise, le bubon a diminué, mais amélioration marquée. Le surlendemain guérison complète ; le bubon a disparu.

En somme la dose de serum injecté a été de 20 à 30 cc. en moyenne. Si l'injection est faite le premier jour de la maladie, la guérison survient en 24 heures sans suppuration. Si l'injection est faite le deuxième jour, il faut une dose un peu plus forte et la guérison est plus lente, 2 ou 3 jours, mais sans suppuration du bubon. Si on n'intervient que le troisième ou le quatrième jour, il faut une dose plus forte 40, 50, 60 cc, et les bubons suppurent, mais la guérison peut encore être obtenue.

En résumé sur ces 26 cas traités par l'injection il n'y a eu que deux morts, soit une mortalité de 7.6 pour 100. Il faut noter que le sérum employé avait été transporté en divers points après avoir été apporté d'Europe. Néanmoins il a eu une très réelle efficacité. A titre préventif le sérum est encore plus actif, il faut l'injecter à toutes les personnes en contact avec les pesteux, tel est l'avis absolu de M. Yersin Avec lui nous pourrons dire que 26 cas c'est encore peu, mais que si l'on songe que ces cas étaient parmi les plus sérieux et que dans ces conditions la mortalité était jusqu'ici de 80 pour 100, on ne peut s'empêcher de supposer que l'efficacité de la méthode est bien près d'être définitivement démontrée.

Un nouveau signe d'épilepsie. — M. Mairet. De nombreuses expériences on peut déduire que les urines des épileptiques sont hypertoxiques avant l'attaque et hypotoxiques après. Cette hypotoxicité se retrouve dans la période intercalaire. Cette hypotoxicité tombe de 150 à 450 cc. (nécessaires pour tuer 1 kilogramme de lapin). Elle est donc constante, existe en dehors de toute attaque et constitue un signe permanent.

On retrouve aussi cette hypotoxie chez les hystériques, mais dans ce cas les urines des épileptiques sont plutôt convulsivantes, celles des hystériques ont la toxicité ordinaire.

Dans toutes les formes d'épilepsie même larvées, on retrouve cette hypotoxicité aussi bien caractérisée qui a donc une grande importance clinique et médico-légale.

Diagnostic de la fièvre typhoïde et de la psittacose.— M. Blanquinque rapporte trois faits de maladies à forme typhoïde observés dans la même maison et dans lesquels on avait pensé à de la psittacose à cause de la mort de plusieurs oiseaux familiers de la maison. Dans deux cas il s'agissait de fièvre typhoïde décelée par le séro-diagnostic, dans le troisième cas d'une grippe.

Traitement de la conjonctivité granuleuse. — M. Bentejac lit une note sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse au moyen du gaïacol associé à la glycérine à la dose de 2 pour 100.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1895. — Présidence de M. Debove

Septicémie prise pour une dothiénentérie. — M. Ferrand rapporte l'observation d'un malade qui entra le 15 octobre dernier dans son service, avec de la fièvre, un facies hébété et des urines albumineuses. Il y avait dans l'aisselle quelques ganglions douloureux consécutifs à une piqûre de la main. L'examen du sang, fait le 21 octobre au point de vue de la réaction agglutinante, ne donne aucun résultat ; le lendemain, le malade passe en chirurgie où on l'opère ; il revient trois jours après. L'état général a empiré ; un deuxième examen du sang donne un coagulum ; l'expérience faite à nouveau, quelques jours après, réussit encore. Pendant ce temps, la cachexie s'installe et le malade meurt le 11 novembre avec 41 degrés. A l'autopsie, on trouve une rate de 820 grammes, un intestin grêle congestionné avec gonflement des follicules clos, mais sans altération des plaques de Peyer ; l'ensemencement du sang de la rate donne du streptocoque pur.

En résumé, voici un cas de septicémie par streptocoque très virulent, puisque le malade a été infecté par une simple piqûre et chez lequel la réaction agglutinante s'est produite ; peut-être cette virulence exceptionnelle est-elle la cause de l'agglutination.

M. Widal. — C'est la première fois, parmi des milliers

d'observations rapportées, tant en France qu'à l'étranger, que la réaction agglutinante se trouve en défaut; aussi, faut-il examiner le cas de très près. Et d'abord, le malade n'a pas présenté la réaction au début, puis, on ne peut attribuer au streptocoque un pouvoir agglutinatif à cause de sa virulence; toutes les recherches de laboratoire contredisent cette hypothèse. Du reste, on n'a pas, à l'autopsie, examiné les sérosités, ni le sang; quant aux agglutinations il peut y avoir des causes d'erreur; on observe des pseudo-amas qui peuvent tromper de prime abord. En ce qui me concerne, l'observation de M. Ferrand ne me paraît pas devoir être admise comme une exception formelle à la méthode que j'ai préconisée.

Rhumatisme blennorragique avec troubles trophiques cutanés. — MM. L. Jacquet et Ghika. Un malade a présenté, au cours de trois attaques de rhumatisme blennorragique généralisé, des troubles trophiques cutanés consistant essentiellement en la production de cornes cutanées disséminées sur la plante des pieds. Ces cornes, peu volumineusee, comparables par leur forme à des clous de tapissier, se voyaient surtout au pourtour des points de pression normaux du pied. Tantôt isolées, tantôt confluentes, elles simulaient alors des sortes de massifs montagneux en miniature. Les troubles trophiques portaient également sur les os, les articulations, les ongles.

Il n'existe dans la science que deux cas analogues. Le premier, appartenant à M. Vidal, diffère de notre observation en ce que les mains, les pieds, le pourtour des genoux et même le tronc présentèrent des cornes semblables. Ce malade eut une récidive de sa blennorragie, de son rhumatisme et de ses lésions cutanées. L'autre cas, de M. Jeanselme, diffère fort peu du nôtre. Au total trois observations qui, à elles trois, constituent sept exemples de cette filiation: chaude-pisse, rhumatisme, cornes cutanées. Il n'est donc pas douteux que ces lésions de la peau aient pour point de départ le rhumatisme blennorragique. Mais il reste à savoir quel est le substratum anatomique de la lésion et quelle en est la pathogénie.

Pour ce qui est du substratum anatomique, M. Jeanselme comparaît ces productions cornées à des cornes creuses de ruminants. Après leur chute il constatait que la peau sous-jacente était en apparence absolument saine, ce qui, au premier abord, pouvait paraître surprenant. Chez le malade de M. Vidal et dans notre cas la chute des cornes a été provoquée volontairement, et l'on a pu voir que la corne reparaît sur une saillie papillaire avec laquelle elle faisait corps au début, puis dont elle se détachait progressivement. Il s'agissait donc d'une dermite papillaire avec hyperkératose.

Quant à la nature de la dermite trois hypothèses pouvaient être soutenues *a priori*. On pouvait se demander si elle n'était pas d'origine toxicodermique, mais dans notre cas, en particulier, le malade n'a pris ni copahu, ni cubèbe, ni aucun autre médicament. On devait également rechercher si ce n'était pas une localisation microbienne du gonocoque ou de tout autre microbe. Or, dans le cas de M. Vidal, l'examen fait par M. Sabouraud a été négatif.

Restait une dernière hypothèse, c'est celle qui donne à ces lésions une origine nerveuse et en fait un trouble trophique névritique ou même myélopathique. C'est à cette opinion que nous nous arrêtons en nous basant surtout sur la coexistence de troubles de la sensibilité, d'altérations des réflexes patellaires et de troubles trophiques d'un autre ordre. L'un de nous (M. Jacquet) va même plus loin; en s'appuyant sur la fréquence de ces troubles nerveux dans le rhumatisme blennorragique, il se demande si beaucoup de ces rhumatismes ne sont pas eux-mêmes d'origine myélopathique. Il pense qu'on doit dissocier l'étude des rhumatismes blennorragiques et il se propose de revenir plus tard sur ce sujet.

Idiotie myxœdémateuse traitée par ingestion de glande thyroïde du mouton. — M. Bourneville. Il y a un an, nous avons présenté à la Société 6 malades atteints d'idiotie myxœdémateuse, dont l'âge variait de 3 à 38 ans; nous avons appelé plus particulièrement votre attention sur les deux plus jeunes; ils n'avaient subi, à cette époque, aucun traitement. Aujourd'hui nous vous les ramenons.

Durant une première période, du 18 janvier au 1er juin, puis du 1er au 31 juillet, soit 166 jours, les malades prirent quotidiennement 1/2 lobe (1 gr.) de thyroïde du mouton. Puis le traitement fut suspendu après une amélioration remarquable, mais peu à peu, nous avons vu réapparaître la plupart des symptômes myxœdémateux physiques et psychiques. Aussi nous sommes-nous empressé de recourir de nouveau à la médication thyroïdienne.

Durant la seconde période de traitement qui s'étend du 5 octobre au 31 décembre, soit 89 jours, les malades prirent 1 gramme, puis 1 gr. 25 de corps thyrpoïde. La nutrition a été profondément modifiée: diminution de l'infiltration graisseuse, du volume de la langue, des lèvres, des paupières; disparition de la dyspnée, de la cyanose; régularisation des gardes-robes; retour de la peau à l'état normal; développement de la croissance. Le poids à diminué régulièrement. La tête a profité du développement général du système osseux. Toutes les dimensions se sont accrues et les fontanelles se sont rétrécies.

Dans l'ordre intellectuel nous avons à mentionner des progrès aussi remarquables que sous le rapport physique; les enfants sont gais, enjoués, affectueux et attentifs.

M. Vaquez. A la demande de M. Bourneville, j'ai fait un certain nombre d'examens du sang de ces deux sujets. Le nombre des globules rouges varie dans d'assez fortes proportions. Sous l'influence du traitement, on voit parfois, dans les premiers jours, le chiffre des hématies s'abaisser, puis il se relève, mais ce relèvement n'est pas très rapide; il faut, pour le produire, que le traitement soit longtemps prolongé et il est toujours postérieur à l'augmentation de la valeur hémoglobinique.

La diminution de l'hémoglobine chez les myxœdémateux, son augmentation après le traitement, a été déjà signalée. Les cas que nous venons d'examiner confirment ce fait.

Nous devons de plus signaler l'augmentation du diamètre globulaire chez les myxœdémateux; cette augmentation paraît être constante.

Nous avons eu, enfin, l'occasion de confirmer un fait sur lequel nous avions déjà attiré l'attention, à savoir, la présence de globules rouges à noyaux dans le sang de ces myxœdémateux.

Quant aux variations des globules blancs, la leucocytose constatée au début par Mendel n'a pas été retrouvée par nous; le nombre des leucocytes éosinophiles ne nous a pas paru être modifié.

M. Pierre Marie. Les résultats obtenus par M. Bourneville sont remarquables, mais je crois que tous les

myxœdémateux ne sont pas susceptibles d'amélioration. J'ai eu deux insuccès : dans un cas le malade présentait de l'albuminurie, dans un autre le pouls dépassait 130 pulsations. J'ai administré dans ces cas une dose de 26 centigrammes de glande thyroïde et pourtant j'ai remarqué quelques accidents assez effrayants. Il ne faudrait pas s'attendre à des résultats certains.

M. Debove. Je demanderai à M. Bourneville s'il croit le traitement thyroïdien inoffensif; il y a eu des cas où ce traitement a été suivi de mort, cas qui n'ont pas été publiés.

M. Bourneville. Ce traitement peut en effet être dangereux. Ainsi, chez un homme de 24 ans, j'ai constaté des accidents assez sérieux : tachycardie, tremblements, tendances syncopales, vomissements, refroidissements, mouvements convulsiformes, et j'ai dû suspendre la médication. Si on constate quelques-uns de ces accidents, il faut cesser le traitement, quitte à le reprendre plus tard.

Action des rayons Rontgen sur les microbes. — M. Achard rapporte quelques expériences faites avec M. Lannelongue sur l'action des rayons de Rontgen sur les cultures microbiennes; ils n'ont observé aucune influence sur la vitalité ni la virulence des microbes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. de Pradel.

(*Suite et fin*) (1).

M. le Président. Permettez ! M. A.-J. Martin vient de nous poser des questions très nettes et parmi ces questions très nettes sont celles-ci : Quel est le nombre de vos malades tuberculeux ? Quelle est la nature de l'antiseptique que vous jugez le meilleur ? Pour le nombre des malades, nous ne sommes pas encore documentés; au point de vue de l'antiseptique, nous sommes tous d'accord.

M. Rotillon. Je demanderai à M. A.-J. Martin s'il est bien nécessaire que nous prenions tous le même antiseptique, si c'est le service de désinfection qui doit le fournir, ou si, au contraire, on ne laissera pas chacun de nous libre de mettre sur son ordonnance l'antiseptique qui sera pris chez le pharmacien ou à la maison de secours où il existe; car alors chacun de nous donnerait l'antiseptique qu'il préférerait.

M. A.-J. Martin. C'est une question qu'il faudrait poser à l'administration de l'Assistance publique. La commission de la tuberculose recommande uniquement l'acide phénique, et les instructions que vous allez recevoir et qui émanent de l'administration de l'Assistance publique vont porter sur la nécessité d'employer l'acide phénique dans les crachoirs.

M. Séailles. Tous mes tuberculeux ont un crachoir ou un bol, et tous les jours je leur prescris du sublimé.

M. A.-J. Martin. M le docteur Gibert sait qu'à la commission de la tuberculose le sublimé a été rejeté. Nous, service municipal, dans ce moment-ci, nous n'avons pas à prendre fait et cause pour un antiseptique ou pour un autre; nous faisons simplement une enquête à cet égard.

M. Rotillon. Ce n'est pas nous, service municipal, qui fournirons l'antiseptique ?

M. Billon. S'il n'en est pas ainsi, cela nous enlève toute initiative. Il y a beaucoup de confrères éminents qui sont partisans du formol.

Un Membre. Nous avons la liste des médicaments que nous pouvons employer.

M. Billon. Nous avons l'acide phénique, le sublimé ou le salol.

M. le Président. La diversité fait que je crois qu'il est bon de s'éclairer encore, et je demande à la société si elle est de l'avis de nommer une commission pour étudier ces questions.

(Adopté à l'unanimité).

M. le Président. Le bureau fait partie de droit de cette commission. Combien de membres voulez-vous nommer ?

(Sont désignés : MM. Gibert, A.-J. Martin, Séailles, Bimsenstein).

M. A.-J. Martin. Je me mets à la disposition de cette commission pour que nous puissions discuter en même temps devant elle la question de la désinfection dans les logements des tuberculeux. C'est le service municipal qui le fera, seulement le service municipal a des procédés qui peuvent être modifiés. Auprès de lui siège une « commission de perfectionnement » qui étudie tous les procédés nouveaux qui peuvent être présentés afin de voir s'ils sont applicables dans la pratique de la désinfection; déjà nous avons apporté certaines modifications aux instructions ministérielles.

J'entendais tout à l'heure parler du formol. Nous l'étudions depuis deux ans et nous ne sommes pas encore arrivés à trouver un résultat pratique à cet égard.

M. le secrétaire général. Messieurs, je vous rappelle que nous avons dans les statuts une disposition qui nous permet de délivrer le titre de membre associé à toute personne qui ne fait pas partie des bureaux de bienfaisance mais qui a fait des travaux et a rendu des services à l'assistance à domicile. Je viens donc vous proposer de nommer M. A.-J. Martin membre associé.

M. le Président. Je crois que cette proposition trouvera un accueil excellent parmi nous. (Adopté à l'unanimité).

M. A.-J. Martin. — Je suis honoré, Messieurs, de la confiance que vous voulez bien me témoigner. Plusieurs d'entre vous me connaissent; ils savent que je suis à la disposition de tous les médecins qui veulent bien venir nous aider de leurs conseils parce que nos services respectifs ne peuvent se soutenir qu'avec l'appui du corps médical.

M. Rotillon. — Le rapport de la commission sera discuté en séance ?

M. le Secrétaire général. — Parfaitement.

M. A.-J. Martin. — Il y a à Paris trois compagnies de chemins de fer qui font désinfecter, par le service municipal, les wagons ayant transporté des personnes atteintes de maladies contagieuses : le Nord, l'Est et l'Etat.

M. Dufournier. — Ces jours derniers le maire de mon arrondissement vint avertir les médecins du bureau de bienfaisance qu'au lieu de vacciner dans un local spécial on vaccinerait dans une maison de secours. Il semble qu'on pourrait renouveler ce vœu que la société a déjà émis qu'un local soit affecté spécialement à la vaccination.

M. le Secrétaire général. — Voici le vœu qui a été communiqué à l'administration :

(1) V. *France médicale*, n° 4.

« La Société a émis le vœu que les salles qui servent aux vaccinations et aux revaccinations gratuites des bureaux de bienfaisance soient désinfectées avant le jour de la séance de vaccination et que les salles de consultation des bureaux de bienfaisance soient désinfectées au moins une fois par semaine. »

M. A.-J. Martin. — Dès que nous aurons reçu réponse à la lettre que j'ai écrite à l'administration de l'Assistance publique, nos mesures sont prises dès maintenant pour donner satisfaction au vœu de la société.

Unification du taux de l'indemnité. — M. Gibert. Il sera introduit demain au conseil de surveillance de l'Assistance publique le projet suivant sur l'unification du taux de l'indemnité aux médecins du traitement à domicile des bureaux de bienfaisance des 10, 11, 13, 17, 18 et 19e arrondissements, projet signé par le Directeur de l'Assistance publique. Le Directeur de l'Assistance publique m'avait déjà donné ce mémoire avant de l'introduire au Conseil; je l'ai reçu ces jours-ci pour le présenter demain matin, et je suis heureux d'avoir à vous le lire afin de vous demander votre impression, en vous avouant que la mienne a déjà été assez favorable et que j'ai dit à M. Peyron que ce mémoire pouvait être présenté. Avant de vous en donner lecture, je dois vous rappeler que l'article 34 du décret du 15 novembre 1895, comprenait la disposition suivante qui avait été inscrite dans ce règlement malgré l'avis du Conseil municipal qui l'avait supprimée :

« Les médecins de l'Assistance médicale à domicile reçoivent en outre une indemnité variable suivant le nombre des visites qu'ils ont faites pendant l'année. »

Voici maintenant le nouveau projet ;

Le Conseil,

Vu le mémoire de M. le Directeur de l'administration,

Vu l'article 34 du décret du 15 novembre 1895 ;

Considérant que le mode de rétribution à la visite des médecins du traitement à domicile des bureaux de bienfaisance tel qu'il est stipulé à l'article susvisé n'a pu être appliqué en raison de l'opposition qu'il a rencontrée de la part du corps médical des bureaux de bienfaisance, et que l'administration a dû s'en tenir à l'ancien système de l'indemnité fixe ;

Considérant que ce dernier système, mis en complet rapport avec l'organisation actuelle du service médical, peut se rapprocher très sensiblement du but visé par le décret;

Qu'en effet, par la création, dans chaque arrondissement, de grandes circonscriptions médicales de même importance et de même étendue, et par le roulement établi entre les médecins de la même circonscription pour corriger les excédents de visites pouvant résulter de la faculté laissée aux malades de choisir leur médecin, la nouvelle organisation établit une répartition aussi exacte que possible des malades entre les médecins, et assure de même une égale rémunération de la visite, à la condition que le chiffre de l'indemnité soit unifié dans chaque arrondissement;

Considérant qu'il conviendrait, en conséquence, de fixer un taux uniforme de traitement dans les Xe, XIe, XVe; XVIIe, XVIIIe, et XIXe arrondissements où les médecins touchent une indemnité différente établie antérieurement à la réorganisation du service médical suivant la population et l'étendue des anciennes circonscriptions;

Qu'il conviendrait, en outre, d'établir cette fixation sur le taux maximum par arrondissement de l'indemnité actuelle, l'indemnité la plus élevée étant conservée aux arrondissements excentriques;

Considérant qu'il résulterait de cette mesure une augmentation de dépense de 12.600 francs, pour l'imputation de laquelle le crédit spécial de l'assistance médicale offre des ressources suffisantes;

Considérant enfin qu'à l'effet de reconnaître aussi complètement que possible les services des médecins qui, malgré l'organisation actuelle, pourraient être appelés, par suite de circonstances particulières et exceptionnelles, à faire un nombre de visites supérieur à la moyenne, il conviendrait, à titre de disposition additionnelle, de leur attribuer en fin d'année, sur la proposition de la « Société des médecins des bureaux de bienfaisance, » un certain nombre de médailles d'argent, en récompense de leur zèle et de leur dévouement;

Emet l'avis :

Qu'il y a lieu de fixer uniformément les indemnitées allouées aux médecins du traitement à domicile dans les arrondissements suivants, savoir :

Dans le Xe arrondissement	à	.....	1.500 fr.
XIe —	à	.....	1.500
XVe —	à	.....	2.000
XVIIe —	à	.....	2.000
XVIIIe —	à	.....	2.000
XIXe —	à	.....	2.000

Qu'il pourra être décerné par l'administration, sur la proposition de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, des médailles d'argent, en récompense de leur zèle et de leur dévouement, aux médecins du traitement à domicile qui, par suite de circonstances particulières et exceptionnelles, auraient fait, dans l'année, un nombre de visites supérieur à la moyenne.

M. Tolédano. Naturellement, comme vous tous, Messieurs, j'appuie le projet dont il vient d'être donné lecture; je désirerais cependant demander un renseignement à M. Gibert. Les médecins reçoivent 1,500 francs; quel est le nombre moyen de visites que ces médecins font ?... Dans le 7e arrondissement la moyenne des visites est à peu près de 1,500; je crois que dans certains arrondissements où l'indemnité dépasse 1,500 fr. tous les médecins ne font pas 1,500 visites; eh bien, je demande si dans le 10e arrondissement...

M. le président. Mon cher collègue, nous avons déjà dit à la Société que ce n'était pas seulement le nombre des visites qui faisait la difficulté du travail, mais encore l'éloignement, l'agglomération de la population.

M Gibert. Le but du Directeur de l'assistance publique est d'éviter cette application du traitement fixe; il se base sur les nouvelles circonscriptions qui permettent d'établir un roulement sur les médecins et de faire que les visites soient à peu près égales ; il unifie le traitement et il prend comme base le maximum. On ne peut vraiment pas lui demander plus.

Un Membre. J'ai demandé la parole pour dire que j'ai regretté qu'on n'ait pas parlé du service de consultation dans le cas particulier.

M. le Président. La question sera peut-être soulevée plus tard.

M. le Président. Que ceux qui sont d'avis de demander à M. Gibert d'appuyer le rapport qu'il vient de lire veuillent bien le manifester en levant la main. (Adopté à l'unanimité).

Au banquet annuel de notre société, trois médailles d'argent, frappées au coin de la Société, ont été remises à trois anciens présidents (je puis bien le dire puisque c'est la dernière séance que je préside) : M. Rotillon, M. Dusseaud, et votre président actuel. M. Dusseaud n'était pas au banquet, nous l'avons regretté, je lui remets avec plaisir cette médaille.

L'assemblée procède enfin à l'élection pour l'année 1897, de : un président, un premier vice-président, un deuxième vice-président, un secrétaire général, un secrétaire général adjoint, un trésorier, un archiviste, deux secrétaires.

Sont élus :

Président : M. Séailles ; *1er Vice-Président* : M. Gourichon : *2e Vice-Président* : M. Bimsenstein ; *Secrétaire général* : M. Le Coin ; *Secrétaire général adjoint* : M. Billon ; *Trésorier* : M. Kinzelbach : *Archiviste* : M. Meugy ; *1er Secrétaire annuel* : M. Dufournier ; *2e Secrétaire annuel* : M. Pascal.

Comité de Publication

Le Bureau.

Conseil de famille et d'Administration :

MM. Rotillon, Dusseaud, de Pradel.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général adjoint,
P. Billon.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première session : 23 octobre 1896

(*Suite et fin*) (1).

Deux cas d'anurie traités par la néphrotomie — M. E. Chevalier (Paris). Deux malades opérés par la néphrotomie pour anurie, à l'hôpital Necker.

Le premier malade, âgé de dix-sept ans, en anurie depuis six jours, tuberculeux avéré, avec phénomènes douloureux sur le rein droit, est opéré en état très alarmant le 14 janvier. Rein gauche énorme. Il est impossible d'en faire le tour, de pincer le pédicule vasculaire. Incision de 4 centimètres sur le bord convexe, exploration du bassinet. Drainage avec un gros tube de caoutchouc, opération de durée courte. Rétablissement des fonctions. La vessie rend de l'urine trois jours après.

Le malade se rétablissait, lorsqu'il survient de la granulie pulmonaire ; mort le 30 janvier ; autopsie. Rein droit détruit, uretère droit imperméable. Rein gauche, très gros, plaie de la néphrotomie normale ; uretère gauche perméable. Vessie et urètre postérieur tuberculeux, granulie et tuberculose pulmonaire au troisième degré.

La deuxième malade est une femme de soixante-trois ans, opérée le 7 avril 1896, au quatorzième jour d'une anurie calculeuse, en état de demi-coma et hypothermie, 35°7. Néphrotomie droite.

Devant l'état général grave et l'impossibilité de prendre le pédicule vasculaire, incision simple de 4 centimètres sur le bord convexe, lavage du rein, ramenant des graviers : l'exploration du rein ne donne pas la sensation de calculnet. Drainage du rein avec deux gros tubes. La sécrétion se fit de suite par la plaie, se rétablit par la vessie ; le 10 juin environ, elle se rétablit progressivement. Et à la fin de juillet 1896, la malade, qui avait eu deux atteintes de bronchopneumonie, sortit de l'hôpital.

Ce qui me paraît ressortir de ces faits, en dehors de la rareté de la guérison d'une anurie opérée après quatorze jours d'anurie totale, est celui-ci, comme MM. Demons et Pousson l'ont montré.

Quand l'état des anuriques est à un degré très avancé de gravité, qu'ils sont pour ainsi dire mourants, il faut rétablir quand même l'issue de l'urine avec le minimum d'intervention.

La cure radicale de l'hématurie, l'enlèvement du calcul, qui en est l'idéal, ne doit pas se chercher dans ces cas, s'il ne peut être obtenu qu'avec des manœuvres trop longues. Il y a là à faire ce qu'on fait dans l'anus contre-nature de nécessité, au lieu de prolonger une intervention dans des limites qui la peuvent rendre mortelle.

M. Duret cite un cas à l'appui de ce fait qui ressort de la communication précédente, que, chez les anuriques, il faut intervenir coûte que coûte, et n'importe comment. Il a opéré un malade qui se trouvait au sixième jour d'une anurie circuleuse absolue, dans un état extrêmement grave, avec phénomènes nerveux, convulsions, etc. L'opération fut, dès l'abord, extrêmement difficile, étant donnée l'obésité du malade. Puis on ne trouva finalement le rein qu'au voisinage de la colonne vertébrale (il s'agissait probablement d'un rein unique). On dut forcément se contenter d'inciser, un peu à l'aveugle, ce rein, et d'y placer des drains. On ne trouva pas de calculs, et le malade n'en rendit pas ultérieurement. Le malade guérit parfaitement.

M. Pousson. Il ressort des différentes communications qui ont été faites que leurs auteurs se rallient à la conduite que, dans son travail fait en collaboration avec M. De mons, il a tracée, à savoir l'indication absolue de pratiquer la néphrotomie systématique dans l'anurie. Il faut aller à la recherche du rein, et l'inciser ; ceci est à la portée de tous les chirurgiens. Quant à la recherche de l'obstacle, elle sera souvent difficile, surtout étant donné ce fait qu'on a le plus souvent affaire à des obèses à paroi très épaisse, ce qui oblige souvent à fendre le parenchyme rénal un peu à l'aveugle. Mais quoi qu'on n'ait pas trouvé le calcul, les phénomènes graves disparaissent ; le spasme cesse, et le calcul chemine de lui-même du côté des voies inférieures. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que, très souvent, on n'a pas affaire à un calcul d'un certain volume, mais que l'obstruction de l'urètre est tout simplement produite par du sable accumulé en un point.

Volumineuse pyonéphrose très ancienne fibro-cartilagineuse, chez un homme de quarante-sept ans. Guérison. — M. Duret (de Lille) communique une observation de volumineuse pyonéphrose à paroi fibro-cartillagineuse, à contenu pruriforme, d'origine probablement congénitale.

Ce malade, âgé de quarante-sept ans, n'accusait, quand on le vit pour la première fois, aucun trouble urinaire, ni au moment de l'observation ni plus tard. Les urines étaient limpides. Une tumeur dure, volumineuse, occupait la partie latérale gauche de l'abdomen, et remontait par son pôle supérieur derrière les fausses côtes. La hauteur totale de la tumeur était de 35 centimètres.

Elle fut découverte dans l'exploration de l'abdomen, à propos d'un état gastrique. Le malade offrait, en outre, un peu de sueur et une légère fièvre le soir. On porta le diag-

(1) V. *France médicale* 1896, n° 46 et 1897 n° 3, p. 37.

nostic de pyonéphose, à cause du léger état fébrile et du siège de la tumeur de plus le malade maigrissait peu à peu, et ne s'était jamais bien porté depuis une attaque grave d'influenza, remontant à cinq ans.

On pratiqua l'incision de la région lombaire, puis l'incision des parois de la poche. Il s'en écoula deux litres d'une matière épaisse, grisâtre, puriforme, ayant l'aspect et la consistance d'une purée de marrons. Le doigt introduit dans la plaie démontra qu'il y avait trois ou quatre poches de grand volume, à parois de plusieurs millimètres d'épaisseur et de consistance fibro-cartillagineuse ; on ne put découvrir le rein

Ces énormes poches, très adhérentes aux parties voisines, furent extraites par morcellement. Le pédicule fut lié après qu'on eût formé cinq paquets distincts. Après l'extirpation, on ne trouva nulle part de traces du parenchyme rénal.

Il s'agit évidemment, dans ce cas rare, d'une poche très ancienne d'une hydronéphrose transformée, et, vu l'absence de passé urinaire, remontant sans doute au premier âge. Il est possible qu'une infection secondaire ait déterminé la transformation puriforme.

Végétations polypoïdes de l'urètre. — M. Reboul (de Nîmes) communique une observation de végétations polypoïdes de l'urètre et de la vessie chez une femme, ayant nécessité pour leur ablation une uréthrotomie externe et une taille hypogastrique. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, opérée une première fois à l'Hôtel-Dieu de Nîmes en mai 1894, pour une végétation polypoïde volumineuse du méat et qui présentait, en octobre 1895, en outre d'une rétention d'urine avec regorgement et urines ammoniacales et purulentes, des végétations polypoïdes du méat, de l'urètre et de la vessie. Ces tumeurs étaient accompagnées d'hémorrhagies assez abondantes et d'une dysurie absolue : le cathétérisme était difficile, douloureux. Une taille hypogastrique fut pratiquée le 2 novembre; elle permit d'enlever les végétations siégeant sur la face antérieure et le col de la vessie. Un meat hypogastrique fut ensuite installé, afin de mettre complètement l'urètre au repos. Sous cette influence et sans traitement direct, les végétations polypoïdes de l'urètre diminuèrent progressivement, les phénomènes de cystite et l'uréthrorrhagie disparurent, et la malade put sortir guérie de l'hôpital, fin décembre A la suite, il s'est produit un rétrécissement fibreux de l'urètre, rétrécissement qui a nécessité la dilatation à l'aide des bénigués. Actuellement, près d'un an après l'intervention, la malade peut être considérée comme guérie.

M. Reboul insiste sur cette variété de végétations polypoïdes de l'urètre chez la femme, où ces tumeurs, bénignes au point de vue anatomo-pathologique, évoluent et récidivent tout comme des tumeurs malignes. Le méat hypogastrique temporaire qu'il a établi lors de la seconde opération lui a rendu service. Sous l'influence de la dérivation du cours de l'urine, les végétations polypoïdes de l'urètre ont diminué progressivement sans traitement direct, et cela sans récidive près d'un an après.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée. — M. A. Malherbe (Nantes). J'ai eu l'occasion d'observer, cette année, deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée ;

1° Jeune femme de vingt ans accouchée depuis huit mois, a nourri son enfant pendant plusieurs mois. Son mari, qui avait été séparé d'elle pendant plusieurs mois, lui rapporta une blennorrhagie qui se caractérisa par de la vaginite et de l'urétrite aiguë. Quelques mois plus tard elle fut prise d'arthrite aiguë limitée à un genou et horriblement douloureuse.

Malgré divers traitements révulsifs et l'immobilisation pendant plus d'un mois, l'articulation resta très douloureuse et remplie de liquide. Des symptômes généraux graves se montrèrent : amaigrissement, fièvre, etc.

C'est alors que je fus appelé par le médecin ordinaire qui avait diagnostiqué une arthrite suppurée. Je fis avec de grandes précautions antiseptiques une ponction par le cul-de-sac postérieur de la synoviale. Par la canule du gros trocart de trousse employé, je retirai environ un verre de pus et fis un lavage très large au sublimé à 1|2000, puis à l'eau bouillie ; pansement iodoformé et ouaté, appareil silicaté.

Je ne revis la malade que plusieurs mois après ; elle était guérie, avec ankylose rectiligne. Elle refusa toute tentative de mobilisation.

Le pus, examiné par M. Rappin, resta absolument stérile.

2° M. X... quarante-trois ans, goutteux et fils de goutteux, et atteint d'un écoulement chronique de l'urètre, présente, après quelques douleurs dans les pieds, une douleur violente du genou gauche, et dut s'aliter le 8 septembre dernier Je pense d'abord à un accès de goutte ; mais aucun traitement médical n'améliore l'état du genou qui se fléchit de plus en plus jusqu à faire avec la cuisse un angle aigu, de sorte que le talon s'approche de la fesse opposée; c'est alors que je pense à une arthrite blennorrhagique. Après dix jours, chloroforme, extension *qui se fait toute seule par action musculaire*, dès que le malade est endormi ; appareil silicaté.

A la suite de cette intervention, le malade reste dans un état assez grave : pouls faible et fréquent, inappétence absolue, morphinisation nécessaire.

Pensant que l'articulation avait suppuré, j'enlevai l'appareil après dix jours, et fis une ponction à l'aide d'un trocart de trousse bien flambé.

Je retirai un demi-verre de pus et fis un lavage au sublimé à 1 pour 4.000, puis à l'eau bouillie. Pansement iodoformé. Après cette intervention, le malade s'améliora lentement et paraissait en bonne voie quand j'ai cessé de le voir. Il recommençait à manger.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Monnier, donna du staphylocoque atténué ne cultivant qu'après quatre jours, et l'inoculation à une souris la rendit très malade ; mais elle n'était pas morte aux dernières nouvelles.

Ces deux observations sont en faveur de l'hypothèse qu'une association microbienne est nécessaire pour que le gonocoque amène la suppuration.

M. Eraud (de Lyon). La question des propriétés pyogènes du gonocoque est actuellement très discutée. En tous cas, les auteurs allemands paraissent avoir tendance à considérer les différentes complications suppuratives de la blennorrhagie comme dues au gonocoque lui-même; mais le microbe ne pourrait être trouvé dans le pus que dans les premiers jours de l'inflammation. Par suite, la question du rôle des infections mixtes dans la blennorrhagie, que l'on croyait tranchée, il y a quelques années, dans le sens de l'affirmative, semble revenir sur le tapis ; il semble démon-

tré que le gonocoque peut être aujourd'hui rendu coupable de certaines complications, au sujet desquelles on ne croyait pas pouvoir admettre son rôle pyogène.

M. Noguès (Paris). Il n'y a guère à discuter sur la propriété pyogène du gonocoque ; elle n'est pas douteuse avec les écoulements urétraux, où l'on ne constate que ce seul microorganisme.

M. Malherbe. Je ne voulais pas trancher la question des propriétés du gonocoque, mais apporter un document de plus.

De l'intervention chirurgicale au cours des uréthrites purulentes. — M. E. Vigneron (de Marseille). On sait combien tout obstacle uréthral au cours d'une uréthrite chronique est une cause de persistance de l'écoulement. L'indication formelle et classique, en ces cas, est de supprimer cet obstacle; lui disparu, le canal peut redevenir sec d'emblée. En tous cas, un traitement bien dirigé en devient après la dilatation facilement maître, alors que souvent ce même traitement avait complètement échoué.

Tout rétrécissement doit, à plus forte raison, être un empêchement à la guérison d'un écoulement aigu très septique. Cet obstable empêche, en effet, la désinfection complète, certains points restant à l'abri du contact du liquide: ces points restent donc des centres de pullulation et des foyers de réinfection. On améliore bien l'écoulement souvent, au moins, tant qu'on continue les lavages ; il peut même se faire qu'on le supprime; mais cesse-t-on, ne fut-ce qu'un jour, on voit se produire un écoulement aussi aigu qu'avant.

Il est évident qu'il y a quelques années on était presque désarmé en face de ces cas compliqués. Il fallait attendre, souvent très longtemps, que la virulence diminuat pour oser intervenir, sans crainte d'exacerbation de l'infection et de provoquer sa dissémination. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Avec le microscope et la méthode de Janet, nous pouvons établir un diagnostic bactériologique certain et employer, dès lors, le liquide approprié aux microbes rencontrés, sans aucune crainte d'infecter des organes sains encore, que les lavages pourront immédiatement désinfecter. D'ailleurs, cette crainte d'infection des organes profonds est le plus souvent illusoire, parce que les malades ne viennent que rarement nous consulter dès le début de l'infection, et qu'après douze jours au maximum d'infection urétrale, nous avons toujours trouvé la vessie contaminée.

Il en résulte que, d'emblée, l'exploration est permise et même formellement indiquée en présence d'un vieux blennorrhagique dont l'urètre vient de se désinfecter, surtout si les lavages antérieurs ont amené une amélioration temporaire. Si les infections précédentes n'ont été que légères, si l'infection actuelle est tout à fait récente, on peut attendre, pour explorer, que l'amélioration due aux lavages s'arrête avec ou sans la cessation des lavages. On explorera d'emblée si ces lavages se font mal, de même si, dans une première uréthrite, on ne trouve pas une amélioration rapide, ou si le liquide ne passe pas ou passe mal. On peut, en effet, rencontrer un rétrécissement congénital ou secondaire d'un traumatisme léger. Enfin, il se peut que la sensibilité urétrale détermine des spasmes de la portion membraneuse.

Dans tous ces cas, après exploration, on trouvera le plus souvent la raison des difficultés rencontrées dans le traitement de l'uréthrite, en découvrant un rétrécissement, très rarement un corps étranger.

Il est une autre condition qui peut entretenir l'uréthrite : c'est l'étroitesse congénitale ou acquise du méat. Avant tout traitement, chez tous les urétraux, on s'assurera, par l'examen direct, de ce méat. Tout en présentant une pente suffisante, le méat peut être disposé en entonnoir : on soupçonnera cette malformation quand la canule pénétrera mal, quand le lavage pénétrera difficilement dans les premiers centimètres du méat. On en aura la preuve en passant une bougie à boule.

Enfin, il faut citer les diverticules urétraux congénitaux ou acquis, qu'on peut rencontrer encore comme obstacles à l'écoulement facile des sécrétions urétrales et comme foyers rebelles d'infection.

Nous laissons de côté les infections ou les scléroses para-urétrales, dont nous nous sommes occupés au 10e Congrès français de chirurgie, puisqu'ici l'intervention sera para-urétrale et non urétrale. L'une de ces lésions reconnues, il faut la traiter, quelle que soit l'acuité de l'urétrite. En la laissant, on risque de voir l'écoulement s'éterniser et les lésions se disséminer et s'aggraver d'une façon illimitée (abcès para-urétraux, périnéaux, poussées de cystite, prostatite, infection urinaire). Nous pourrions citer de nombreux exemples à l'appui de cette assertion, si elle n'était pas de connaissance vulgaire.

L'intervention est donc indiquée par l'évolution presque certaine de l'infection abandonnée à elle-même ; elle est justifiée par les résultats obtenus dans nos 14 observations. Quelle sera cette intervention ? Contre les rétrécissements, la dilatation ou l'urétrotomie interne. La dilatation suffira le plus souvent (10 cas) : la faire complète, jusqu'au 60 B., sans rien brusquer, en la faisant précéder et suivre de grands lavages à un titre pas trop élevé.

L'urétrotomie doit être réservée, comme toujours, à des cas spéciaux. Elle est indiquée par la dureté de la sclérose s'opposant à la dilatation ou par l'infection grave de la vessie, nécessitant une désinfection rapide. Au cours d'une uréthrite aiguë, elle peut avoir une indication particulière, qui est la sensibilité de l'urètre pouvant rendre la dilatation impossible. La douleur peut, en effet, être vive au cours de la dilatation pratiquée en pleine uréthrite. Elle est la cause que trois malades ont abandonné tout traitement. J'ai eu le tort de chercher à la continuer plutôt que de proposer la section. Un cas compliqué où je l'ai faite a été suivi de succès sans complication. Avant d'y arriver, désinfecter un peu le canal, si rien ne presse : au moment de la pratiquer, bien laver ; laver pendant la sonde à demeure, et continuer jusqu'à la dilatation, et pendant et encore après qu'on la termine, si la désinfection n'est pas obtenue avant. La section du méat ne présente pas de technique spéciale autre que les lavages appropriés. Son étroitesse était cause de l'uréthrite tenace dans trois de nos observations.

Les diverticules urétraux se rencontrent bien moins fréquemment. Dans le seul cas observé, j'en ai pratiqué la section en même temps que je sectionnais le rétrécissement : le résultat fut parfait. Ces diverticules peuvent se présenter dans des conditions trop variables pour que je puisse ici indiquer les modes d'intervention qu'on peut leur opposer.

M. Noguès. Je réponds à M. Vigneron que, sur les

11 malades chez lesquels le traitement abortif a échoué, je n'ai pas eu à me préoccuper du calibre du canal; car un seul avait eu, deux ans auparavant, une blennorrhagie et les dix autres étaient restés vierges jusqu'à ce jour de toute infection urétrale. Il n'y a donc pas à soupçonner la présence d'un rétrécissement.

Relativement à la question de l'inoculation précoce de l'urètre postérieur, je suis de l'avis de MM. Guiard et Vigneron. L'an dernier j'ai fait quelques recherches sur la température dans la blennorrhagie aiguë ; j'ai eu donc à observer des malades dans les huit jours, et, par conséquent, porteurs d'un écoulement très abondant. Or, en pareil cas, en présence des écoulements abondants, l'épreuve des deux verres a de la valeur. Or, chez la majorité de mes malades, j'ai trouvé le deuxième verre trouble, ce qui me paraît indiquer une contamination de l'urètre profond,

M. Janet. J'estime que, au point de vue de l'intervention sur le méat, le chirurgien a le droit de faire tout ce qu'il veut pour faciliter le traitement abortif.

Quant à l'exploration de l'urètre, je l'ai faite couramment, croyant une dilatatien modérée parfaitement permise, sous le couvert des grands lavages. J'ai dû changer d'opinion, ayant observé tout récemment une orchite à la suite d'une dilatation avec des bougies coniques, portée seulement jusqu'au n° 15.

Pour l'uréthrotomie interne, je ne la ferai certainement pas en plein gonocoque, à moins d'urgence absolue ; il faudrait mettre une sonde à demeure, donc interrompre les lavages. En général, je ne suis pas embarrassé pour chasser les gonocoques de l'urètre, malgré les rétrécissements.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1897. Présidence de M. Ch. Monod

Séance solennelle annuelle. — M. Ch. Monod, dans un discours écrit avec cette plume élégante et sincère dont il se sert avec tant de facilité, rappelle les modifications qu'il a justement apportées dans l'application des règlements, dans le respect des ordres du jour, dans la réglementation calmante des discussions. Puis il donne un adieu touchant à MM. Nicaise, Desprès, Rochard, Lecerf et Boiffin, et termine en annonçant la publication dès cette année de la table générale des bulletins de la Société de chirurgie dûe au travail de M. Morin, ancien interne provisoire des hôpitaux, neveu de M. Monod.

M. Quénu, secrétaire des séances, énumère les titres des travaux, et sujets présentés au cours de l'année 1896, énumération sèche et sans intérêt.

M. Reclus lit d'une voix émue l'éloge de Verneuil. C'est un morceau de littérature attachant et sincère, d'autant meilleur qu'il a pour objet une biographie exacte comme seule pouvait en être l'occasion, la vie si remplie de Verneuil.

La plus belle récompense d'une si belle vie ne peut-être que celle d'être racontée et sentie, comme nous l'a racontée et comme l'a sentie M. Reclus.

Ce fût une belle séance et telle que depuis longtemps on n'en avait eue. Les applaudissements se sont longuement prolongés après la péroraison de M. Reclus et ne disaient que faiblement ce que tous nous ressentions (1).

Dr F. Verchère.

VARIÉTÉS

Le Congrès international d'Assistance et de la protection de l'Enfance à Genève en 1896 (2).

par le Dr Rotillon.

Vous m'avez fait fait l'honneur de me déléguer au 2e Congrès International d'Assistance et de la protection de l'Enfance, tenu à Genève du 14 ou 19 septembre 1896. Je viens vous rendre compte de la mission que vous m'avez confiée.

Le premier Congrès International d'Assistance a eu lieu à Paris du 28 juillet au 4 août 1889. Notre Société n'a pas été représentée officiellement à ce premier congrés ; mais elle l'a été officieusement par M. le Dr Le Coin, notre excellent secrétaire général actuel.

Ce premier congrès avait émis des vœux en faveur : 1° de l'Assistance publique obligatoire ; 2° de la création d'écoles d'infirmiers et infirmières pouvant servir au recrutement de ce personnel dans chaque région importante ; 3° de la création d'asiles interdépartementaux pour les enfants idiots arriérés, épileptiques, etc.

Il avait voté la résolution suivante présentée par M. Monod :

L'Assistance médicale en faveur des indigents malades comprend les soins médicaux et la fourniture des remèdes à domicile ou à l'hôpital. L'indigent malade ne doit être hospitalisé que s'il est établi qu'il ne peut pas être soigné utilement à domicile. » Cette résolution que je cite textuellement parce qu'elle nous intéresse particulièrement est suivie de deux autres, examinant les charges financières et les mettant au compte des communes, paroisses, départements, provinces et Etats.

A ce congrès quelques membres parlant de l'Assistance Internationale ont proposé la création d'hôpitaux nationaux à l'étranger comme il existe un hôpital français à Londres, à Constantinople et ailleurs.

M. le Dr Drouineau, dans le but d'atténuer la morti-mortalité et l'infanticide, a proposé de créer des asiles spéciaux pour les naissances illégitimes. Le Congrès a émis le vœu que les administrations hospitalières soient invitées à établir des pavillons pour le séjour des enfants assistés débiles jusqu'à leur placement à la campagne et enfin qu'il y ait toujours des nourrices au sein sédentaires dans les hospices d enfants.

Comme vous le voyez, Messieurs, les questions traitées par le premier Congrès International d'Assistance, ne s'étendaient pas à l'organisation du traitement à domicile. Dans ces conditions je me suis mis en rapport avec le secrétaire-général du Congrès et, après échange de correspondances, le programme imprimé, distribué à l'ouverture du Congrès, portait un paragraphe intitulé : Organisation des Bureaux de bienfaisance et consacrait toute une journée à cette

(1 Dès que nous posséderons ce merveilleux éloge, nous serons heureux de faire partager à nos lecteurs le charme que nous avons éprouvé en l'écoutant.

(2) Communication à la Société des bureaux de bienfaisance.

question. Le même programme avait inscrit dans ses « Rapports et Communications reçus et annoncés ». M. le Dr Rotillon. — Communication sur l'organisation du service médical des Bureaux de Bienfaisance de Paris. Prophylaxie de la tuberculose.

Les travaux du Congrès ont duré toute la semaine. L'Assistance était divisée en trois sections; la première section avait à son programme : assistance publique et privée, organisation des bureaux de bienfaisance, assistance médicale et hospitalière; la 2e section s'occupait de l'Assistance aux étrangers et la 3e section de l'Assistance par le travail. — Ces trois sections travaillaient séparément tous les matins à 9 heures et se réunissaient à 11 heures en séance générale, où les 3 sections devaient approuver, rejeter ou modifier ce que chaque section avait voté. Les orateurs devaient parler à la tribune et il ne leur était pas permis de lire leur travail.

En même temps que le Congrès International d'Assistance, il y avait un Congrès International pour la Protection de l'Enfance. Les deux Congrès se réunissaient dans l'après-midi en une séance générale à l'Aula, grande salle de l'Université. Dans cette séance générale tenue à l'Aula, on faisait un résumé oral sur les travaux présentés dans les sections et votés par elles. Chaque orateur n'avait pas le droit de garder la parole plus de 10 minutes et de parler plus de deux fois sur la même question, sauf le rapporteur.

A la séance d'ouverture des deux Congrès de l'Aula de l'Université nous avons entendu :

1° Un discours de M. A. Lachenal, président de la Confédération suisse, président d'honneur.

2° Un discours de M. C. Ador, président du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève, président d'honneur.

3° Un discours de M. le conseiller d'Etat Didier, président du département de justice et police du Comité d'organisation.

Dans ces discours de bienvenue adressés aux Congressistes, M. le président Didier a prononcé quelques paroles aimables pour les Français, qui en ont été très touchés.

Le même jour une soirée familière réunissait tous les congressistes au local de la Société L' « Héraire ».

Dans le milieu de la semaine, le jeudi le programme comportait :

9 heures. — Visite à l'Exposition. Œuvres d'assistance pour l'enfance.

Après-midi. — Visite à l'asile des vieillards, des convalescents, au musée de l'Ariana ou aux chantiers de l'Assistance par le travail, asile de nuit et maison des enfants malades.

Le soir. — Réception offerte par le Conseil d'Etat de la république et canton de Genève et par le conseil administratif de la ville de Genève au palais Eymard.

Je n'ai pas l'intention de vous rendre compte de tous les travaux du Congrès. Je laisse de côté la protection de l'enfance. Le congrès d'assistance a voté l'intervention des Etats par voie d'entente internationale ou de convention pour assurer l'assistance aux étrangers, la création de sociétés de bienfaisance pour subvenir à cette assistance, des résolutions destinées à assurer l'assistance par le travail, le placement dans des maisons d'éducation et de redressement moral d'enfants traduits en justice et qui, jusqu'à l'âge de 16 ans, ne devaient plus être traduits en justice, enfin des propositions relatives à la prophylaxie de la tuberculose.

Les travaux du Congrès ont été clôturés par un banquet d'adieu, auquel j'ai eu le regret de ne pouvoir assister.

Aux séances du Congrès et en dehors des séances, j'ai pu poser quelques questions relatives à l'organisation du traitement à domicile. Par suite de l'absence des médecins étrangers je n'ai pu avoir de renseignements qu'en ce qui concerne la Suisse, j'en fais l'objet d'une communication séparée.

Pendant la semaine passée par votre délégué à Genève, je n'ai cessé de recevoir le meilleur accueil des autorités suisses et particulièrement de M. Ador, président du Conseil d'Etat de la République et canton de Genève, président d'honneur du Congrès, de M. Didier président du département de justice et police et du Comité d'Organisation, de M. Edouard Fatro, secrétaire général. Je leur adresse tous mes remerciements.

J'ai eu le plaisir de rencontrer à Genève M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, MM. Bompard, le Dr Dubois, Faillet, Grébauval, Lampué, Landrin, le Dr Levraud, Lucipia, le Dr Navarre et Strauss délégués par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine. J'ai trouvé auprès de ces compatriotes non seulement l'appui de leur autorité qu'ils ont bien voulu me prêter au Congrès, mais un accueil plus que bienveillent, tout à fait sympathique. Je leur adresse mes plus sincères et mes plus vifs remerciements.

L'assistance publique à domicile dans le canton de Genève et dans le canton du Tessin.

par le Dr ROTILLON.

En Suisse l'assistance à domicile varie avec chaque canton, comme d'ailleurs bien d'autres rouages sociaux et politiques. On peut cependant ramener les divers modes d'organisation de l'assistance à domicile à deux types principaux: celui de la ville et celui de la campagne.

Il est facile de comprendre que dans un canton où les communications sont faciles par chemins de fer, bateaux tramways et bonnes routes, l'exercice de la médecine se rapproche de celui d'une ville, nous trouvons toutes ces conditions dans le canton de Genève. S'il s'agit d'un pays rempli de montagnes et d'étroites vallées, où il n'existe ni chemins de fer, ni tramwys, ni voies navigables et où les communications ne se font que par des routes difficiles et souvent couvertes de neige, l'exercice de la médecine est des plus pénibles et constitue le *type de la campagne*. Je vous le décrirai en choisissant le canton du Tessin, sur lequel une communication a été faite au congrès par M. le Dr Raimondo-Rossi.

Assistance publique dans le canton de Genève. — L'assistance publique dans le canton de Genève se divise en assistance publique officielle et assistance publique privée.

L'assistance publique officielle à Genève porte le nom d'Hospice général. La commission de l'Hospice général s'occupe s'occupe de l'administration des secours aux indigents, orphelins, vieillards et malades genevois. Je ne m'occupe que des indigents malades à domicile. Les consultations sont données à l'Hospice général trois fois par

semaine, les lundis, mercredis et vendredis à 11 heures. Trois docteurs sont chargés à tour de rôle de la consultation. En 1895 il y a eu 152 séances de consultation, 503 consultants qui ont demandé 1886 consultations.

Les secours de consultation se sont ainsi répartis : 146 entrées d'urgence à l'hôpital, 78 entrées à l'asile des convalescents, 2 entrées à la maison des Enfants-Malades, 1470 ordonnances, 25 bons pour appareils orthopédiques ou de pansements, 145 bons de lait donné comme médicament et 31 certificats.

Le service à domicile est assuré par dix docteurs, qui ont fait 1917 visites à domicile, se répartissant sur 739 individus, dont 112 ont été envoyés à l'hôpital.

Le nombre des ordonnances est de 5.663 et la dépense est de..... 6.925.40. Je laisse de côté les dépenses de lait, bains, douches, appareils et transports.

Les honoraires alloués aux dix docteurs s'élèvent à 3.900 et s'établissent ainsi :

10 docteurs du service à domicile à 300 fr.....	3000
3 docteurs de consultation à 300 fr.....	900
Total	3.900

L'Assistance publique privée (deux mots qui semblent se contredire) s'adresse au public et est établie par des particuliers. Elle est désignée sous le nom de Bureau central de bienfaisance, qui réunit toutes les œuvres de bienfaisance privées et a une importance aussi grande que l'Assistance officielle. Les sociétaires sont au nombre de 1100 et leurs ressources sont suffisantes puisqu'en 29 ans les recettes ont été de..... 1.787.000
et les dépenses de..... 1.778.000

En dehors du Bureau Central de bienfaisance, les sociétaires donnent souvent directement à l'indigent, qui ramasse vite 2 ou 3 fr.; car on a l'habitude de lui donner un sou dans tous les magasins. — Ces indigents inscrits à ce Bureau Central ont été de 2.352 en 1895.

Dans les cas de maladie, qui pour ce Bureau central constituent l'exception, les assistés s'adressent au Bureau Central, qui envoie un docteur et le malade est presque toujours envoyé à l'hôpital. — S'il s'agit de demande de secours, on fait une enquête et le bureau de bienfaisance paye lui-même les fournisseurs, dont il donne l'adresse. Ce Bureau central s'occupe surtout du rapatriement des étrangers.

Si on examine la situation géographique de Genève, me disait son président, on voit qu'elle est placée en flèche entre d'autres Etats et que d'ailleurs elle a appartenu tantôt à la France, tantôt à l'Italie. Cette situation particulière attire à Genève beaucoup d'étrangers et en 1895 cette ville de 55000 habitants a dû rapatrier 750 personnes, chiffre énorme si on le compare à celui de Marseille qui n'en a rapatrié que 150. Le Bureau Central avance tous les frais de rapatriement, qui ne lui sont pas toujours payés. C'est ainsi que pour la France, le consulat n'a pas la faculté de rapatrier et c'est la Société philanthropique français qui paye les 2/3 des frais de rapatriement, le dernier 1/3 restant à la charge du Bure u central de bienfaisance.

En résumé, à Genève comme à Lyon, ainsi que nous l'a dit notre excellent confrère, le Dr Billon, le malade soigné à domicile est l'exception ; presque toujours il est envoyé à l'hôpital.

Assistance publique dans le canton du Tessin. — Dans le canton du Tessin c'est tout le contraire ! Le malade est soigné à domicile et l'assistance libre est si peu développée que son influence est négligeable. — L'Assistance publique est donc tout-à-fait officielle ; mais pour comprendre son mécanisme quelques explications sur les conditions de la vie dans le Tessin sont nécessaires. Dans les 300 communes environ du Tessin, les grands riches sont aussi rares que ceux qui ne possèdent rien. La plupart des communes ont conservé ces grandes propriétés bourgeoises, ces *patriazi*, qui occupent les 3/4 du territoire. Ces propriétés sont distribuées par lots et par tirage au sort aux familles bourgeoises qui y trouvent l'habitation, les légumes, les fourrages, les bois et les bestiaux. Une partie reste toujours à la commune et les non bourgeois peuvent en jouir en payant certaines taxes très-limitées. Le Tessinois émigre facilement et revient dans son pays jouir du bien être qu'il a acquis à l'étranger.

Voyons l'exercice de la médecine dans ce milieu tout spécial.

Le médecin est nommé pour 4 ans dans chaque arrondissement par les assemblées des communes et reçoit des honoraires fixés à 1,500 francs au minimum, plus 250 fr. accordés par l'Etat pour fonctions de police sanitaire. La moyenne des honoraires est ainsi de 2,600 francs payés par les communes proportionnellement à leur population. Le médecin doit soigner gratuitement tous les malades de son arrondissement sans distinction entre riches et pauvres, nationaux ou étrangers. Les riches peuvent faire des cadeaux ou payer leur visites et consultations, ce qui peut élever les honoraires médicaux de 1.500 francs au plus chaannée, mais ils n'y sont pas obligés. Le médecin doit faire des tournées dans les communes, il a droit à un mulet et il annonce son arrivée par la cloche du village. Il est obligé de se rendre à tout appel du malade, même la nuit, ressemblant en cela au médecin de colonisation en Algérie. La circonscription comprend de 300 à 400 habitants. Le médecin ne fournit pas les remèdes, que l'on va chercher chez les pharmaciens, qui les font payer. Ces pharmaciens sont quelquefois à 10 kilomètres du domicile du malade. Il n'existe pas de secours pour les femmes en couches.

Les secours donnés aux indigents sont presque toujours en argent, quelquefois en nature, et dans ce cas ils doivent être pris chez des fournisseurs indiqués : les indigents touchent environ 1 fr. par jour.

Dans le Tessin il y a environ 130 aliénés pauvres placés dans des asiles.

Pour les malades hospitalisés il y a trois hôpitaux anciens. Mendusio, Lugano et Locarno et deux nouveaux : La Carita à Locarno et celui de S. Grivanni à Bellinzona.

Telles sont, Messieurs, les conditions dans lesquelles nos confrères de Suisse soignent les assistés à domicile.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Prix de la faculté (année 1895 1896). — Legs trémond. Ce legs de la valeur de 1,000 francs a été partagé entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs.

2° Prix barbier. — 2,000 francs. Sept appareils ont été présentés, la Faculté n'a pas décerné le prix mais a attribué les encouragements suivants :

1° 800 francs à Mme Gaches-Sarraute pour son corset hygiénique ;

2° 400 francs à M. le Dr Marage pour son serre-nœud galvano-caustique ;

3° 400 francs à M. Philadelphien pour son sphygmométrographe ;

4° 400 francs à M. Terdin pour son dynamomètre et dynamométographe.

3° Prix Chateauvillard. — 2,000 francs. A M. le Dr Chipault pour son ouvrage intitulé : chirurgie opératoire du système nerveux.

Mentions honorables :

1° A M. Péron, pour son ouvrage intitulé : « Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre. »

2° A M. Sergent, pour son mémoire intitulé « Tubercules et cavernes biliaires. »

Prix Montyon. — 700 francs. Aucun candidat ne s'est présenté.

Prix Jeunesse (hygiène). — 1,500 francs. La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les récompenses suivantes ;

1° 1,000 francs à M. Bodin pour son ouvrage : « Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines. »

2° 500 francs à MM. Burot et Legrand, pour leur ouvrage intitulé : « Maladies des marins et épidémies nautiques, moyens de les prévenir et de les combattre ».

3° Mention honorable à MM. Delobel et Cozette pour leur travail : « Contribution à l'étude des accidents septicémiques dus à la vaccination. Etude générale de la vaccination ».

4° A M. Barré, pour son travail : « Du problème de l'alimentation du soldat en campagne ».

Prix Béhier, 1,800 fr. — Le sujet proposé pour le concours était : Des troubles digestifs chez les cardiaques.

Le prix a été décerné à MM. Blind et Babon.

Prix Lacaze, 10,000 fr. — Le prix a été décerné à M. Nocard, prof. à l'école d'Alfort pour ses travaux sur la tuberculose.

Prix Saintour, 3,000 fr. — Le sujet proposé était : De l'urémie chez les phtisiques.

Le prix a été partagé entre MM. Claude, interne, et Teissier, chef de clinique médicale à la Faculté.

Thèses récompensées. — *Médailles d'argent :* MM. Ancelet, Auvray, Chrétien, Dufour, Launay, Longuet, Mirallié, Schwaab, Sée, Sergent.

Médailles de bronze : MM. Arthus, Bolognesi, Bouglé, Boulai, Brunswic, Choppin, Delanglade, Giresse, Guiart, Koutnik, Lalande, Lévi, Mangin-Bocquet, Martin, De Massary, Meslay, Michel, Mignot, Ostrovsky, Ch. Pupin, Ricapet.

Mentions honorables : MM. Alardo, Berg, Bobier, Bodin, Chavin, Chambrin, Cerf, Dauriac, Finet, Folles, Houzé, Jeannulatos, Joraud, Mlle Joteyko, G. Lefèvre, Leray, Levassort, Lucas, Mitour, Péron, Picou, Ranglaret, Riffé, Thévenard, Touillon.

Récompenses honorifiques. — En témoignage de leur longue et active participation aux travaux du conseil central et des commissions d'hygiène du département de la Seine, les récompenses honorifiques suivantes ont été décernées aux docteurs ci-après désignés :

Médailles d'or : MM. Riche (Alfred) et du Mesnil.

Médailles de vermeil : MM. Ed. Nottin et Rives.

Médailles d'argent : MM. Durozier, Tissier, Roeser, Albert (Ch. Ph.) et Chenet (G.).

Cours d'hygiène sociale, professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau, 3. — Sujet du cours : L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.

M. le Dr A.-J. Martin, fera la leçon du samedi 30 janvier 1897, à 8 h. 1/2 du soir à la Bourse du Travail, salle des Conférences, sur la durée du travail au point de vue de l'hygiène.

La conférence pratique du dimanche 31 janvier 1897, sera consacrée à la visite de l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, à 10 h. 1/2 du matin.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Grand voyage en Egypte et Haute-Egypte ; organisé avec le concours de la Société française des « Voyages Duchemin ». Départ de Paris, le 3 février 1897. Premier itinéraire : La Basse Egypte. Prix : 1re classe, 1480 francs, 2e classe, 1350 francs.

Deuxième itinéraire : l'Egypte et le Nil (première cataracte). Prix 1re classe, 2050 francs, 2e classe 1900 francs. Les prix indiqués ci-dessus comprennent : les billets de chemin de fer, le logement, la nourriture, les transports en bateaux et en voitures, etc... sous la responsabilité de la Société des « Voyages Duchemin »

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, Paris.

Journaux de médecine. — Nous recevons les premiers numéros d'un nouveau journal l'*Opinion médicale*, dirigé par le Dr Ed. Lagelouze et destiné à « prêcher sans se lasser le dogme de l'égalité médicale. »

Nécrologie. — Le Dr Lesage, ancien maire de Beauvais, conseiller général et député de l'Oise, vient de mourir à l'âge de 45 ans. — Le Dr Chevalet (Louis-Constant), ancien premier médecin des princes de Monaco, décédé à Paris, le 23 janvier, à l'âge de 81 ans. Le Dr Chevalet était le père d'un de nos plus distingués confrères, le Dr Hippolyte Chevalet. — Le Dr Dumayne, médecin-principal de 1re classe. — Le Dr Morcrette, de Crécy-sur-Serre (Aisne), reçu en 1873.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anemie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevailleraud

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat